

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051501
Погореловой Марины Сергеевны**

Научный руководитель
преподаватель Усачёва О.В.

Рецензент
врач – невролог
ОГБУЗ «Городская поликлиника
города Белгорода»
поликлиническое отделение № 4
Панкова И.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА	5
1.1 Туберкулез. Этиология, клиника, диагностика.....	5
1.2 Диспансерный учет, принципы и методы амбулаторного лечения. 7	
1.3 Нормативно – правовая база	11
1.4 Сотрудничество с «Российской Организацией Красного Креста» «Зеленый свет»	12
1.5 Деятельность медицинской сестры в амбулаторном лечении туберкулеза	14
ГЛАВА 2 ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.....	18
2.1. Статистический анализ.....	18
2.2. Практическое исследование деятельности медицинской сестры	19
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	40

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной темы обуславливает то, что туберкулез по-прежнему является одним из самых распространенных и опасных заболеваний в мире, не смотря на уровень развития современной медицины. По данным ВОЗ в конце 2018 г. по всему миру было зарегистрировано более 12 миллионов заболевших туберкулезом. Свыше трех миллионов из них умерло. Вклад России в мировую статистику не мал. Он составляет 75% случаев заболевания туберкулезом.

Туберкулез является социально значимым заболеванием, которое, обусловлено многими факторами, такими как: уровень жизни населения, своевременная выявляемость, образ жизни населения.

В последнее время медработники всех государств всё чаще сталкиваются с новой опасностью – устойчивостью бактерий к противотуберкулезным фармацевтическим средствам.

Лечение туберкулеза, с каждым годом приобретает все большее значение, многие мировые организации здравоохранения принимают все новые программы, направленные на лечение самого заболевания и поддержку пациентов с диагнозом туберкулез.

В борьбе с туберкулезом, в том числе при амбулаторном его лечении, огромная роль отводится именно медицинским сестрам.

Тема исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при лечении больных туберкулезом в амбулаторных условиях.

Цель исследования: определить профессиональную деятельность медицинской сестры в амбулаторном лечении больных туберкулезом.

Объект исследования: пациенты ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер»

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры в лечении больных туберкулезом в амбулаторных условиях.

Гипотеза исследования: Профессиональная деятельность медицинской

сестры положительно влияет на качество и исход лечения.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические аспекты деятельности медицинской сестры при амбулаторном лечении больных туберкулезом лиц;
2. Определить профессиональную деятельность медицинской сестры в амбулаторном лечении туберкулеза;
3. Выявить закономерность между деятельностью медицинской сестры и эффективностью амбулаторного лечения;
4. Оценить деятельность медицинской сестры в амбулаторном лечении больных туберкулезом.

Методы исследования:

- анализ;
- синтез;
- обобщение;
- наблюдение;
- ранжирование

База исследования: ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер»

Теоретическая значимость: углубленное изучение профессиональной деятельности медицинской сестры при амбулаторном лечении пациентов с установленным диагнозом туберкулеза.

Практическая значимость: Разработка рекомендаций для медицинских сестер

Структура работы: дипломная работа выполнена на 39 страницах текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, списка используемых источников литературы и 2 приложений. Работа содержит 2 таблицы, 17 рисунков. Библиографический список литературы содержит 13 источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Туберкулез. Этиология, клиника, диагностика.

Туберкулез – инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*) и характеризующееся образованием специфических гранул в различных органах и тканях (в легких, почках, лимфатических узлах, костях, суставах и др.), а также полиморфной клинической картиной [4, с. 16].

Эпидемиология и этиология

Заразиться можно только от больного с открытой формой туберкулеза человека или животного. Микобактерии туберкулёза устойчивы к различным факторам внешней среды. В почве, воде, домашней пыли, в молочных продуктах (молоко, масло, сыр) бактерии остаются жизнеспособными около года; в книгах - до 4 месяцев, в погребённых трупах - несколько месяцев, в уличной пыли - до 8-12 дней. Они устойчивы к кислотам.

Прямые солнечные и ультрафиолетовые лучи убивают микробактерии туберкулёза в течение нескольких минут, нагревание до 70 градусов – через 30 мин., кипячение убивает микобактерии в течение 5 мин.

Различают несколько видов микобактерий туберкулёза, способных вызвать заболевание у человека: человеческий, бычий, птичий, мышинный и африканский виды. У человека заболевание в 92-95% случаев вызывает человеческий вид, в 3-5% случаев – бычий вид. Два остальных – птичий и мышинный для человека почти не опасны [11, с. 74].

«К факторам риска развития туберкулеза легких относят:

- контакт с больным открытой формой туберкулеза, в условиях скученности (плохие жилищные условия, тюрьмы и пр.);
- пониженная сопротивляемость организма;
- наличие профессиональной легочной патологии (например, силикоза);

- длительная терапия кортикостероидными гормонами;
- алкоголизм;
- сахарный диабет;
- ВИЧ-инфекция;
- недоедание, переохлаждение, стрессы (одинокое люди пожилого и старческого возраста, бомжи, переселенцы)» [8, с. 235].

Чаще всего туберкулёз поражает органы дыхательной (главным образом легкие и бронхи) и мочеполовой систем.

Туберкулез легких.

«Классические симптомы туберкулёза лёгких – длительный кашель с мокротой, иногда с кровохарканьем, появляющимся на более поздних стадиях, лихорадка, слабость, ночная потливость и значительное похудение, холодные ночные, иногда, обильные поты. Туберкулез у человека характеризуется образованием единичных или множественных мелких бугорков или более крупных очагов и воспалительных фокусов не только на месте проникновения микобактерии, но и в различных органах и тканях, куда они разносятся при вдыхании или с током крови и лимфы.

Под влиянием бактериальных ядов эти тканевые элементы подвергаются творожистому перерождению, а в результате воздействия ферментов, образуемых лейкоцитами, частично или полностью расплавляются. При достаточной сопротивляемости организма бугорки или очаги иногда рассасываются. Чаще всего вокруг них образуется соединительно-тканная капсула с ограничением от окружающей ткани. Возможно их полное рубцевание, отложение в творожистых массах солей кальция и развитие соединительной ткани, при неблагоприятных условиях – образование каверны.

Из каверны в лёгких микобактерии поступают по бронхам в другие отделы лёгочной ткани, при заглатывании мокроты разносятся в кишечник; они проникают так же в слизистую оболочку гортани и глотки, вызывая образование новых очагов специфических изменений. В каверне размножаются не только микобактерии туберкулеза, но и другие возбудители различных

заболеваний, что отягощает состояние больного.

Аналогичные изменения отмечаются в других органах, где проникшие микобактерии находят условия для размножения: возникает туберкулёз плевры, лимфатических узлов, глаз, костей, почек, и оболочек мозга и т.д. В связи с этим многие умирают не от основной болезни, а от её осложнений или сопутствующих заболеваний. Вместе с тем даже распространённый и кавернозный туберкулёз излечим при своевременном рациональном лечении.

Своевременное выявление туберкулёза является определяющим фактором для благоприятного исхода заболевания и предупреждения его распространения. Чем позже выявлена болезнь, тем меньше шансов на излечение. В нашей стране на сегодняшний день существует 3 метода выявления туберкулёза: туберкулинодиагностика, флюорографический метод и бактериологическое исследование» [3, с. 55].

Диспансерный учет, принципы и методы амбулаторного лечения.

Лечение туберкулеза должно быть комплексным, поэтому для каждого больного применяется сочетание различных методов. В комплекс входят химиотерапия (ведущий метод лечения), патогенетические методы, направленные на нормализацию нарушенных функций организма, гигиенодиетический режим и хирургическое лечение, применяемое при любой форме туберкулёза и при отсутствии противопоказаний [6, с. 109].

«Для учета и наблюдения взрослых больных выделено 4 группы:

Нулевая группа (0) больных туберкулезом

В ней наблюдают лиц с неуточненной активностью туберкулезного процесса и нуждающихся в дифференциальной диагностике с целью установления диагноза туберкулеза любой локализации. Лиц, у которых необходимо уточнение активности туберкулезных изменений, включают в нулевую-А подгруппу (0-А). Лиц для дифференциальной диагностики туберкулеза и других заболеваний зачисляют в нулевую-Б подгруппу (0-Б).

Первая группа (I) больных туберкулезом

В этой группе наблюдают больных активными формами туберкулеза любой локализации. Выделяют 2 подгруппы:

- первая-А (I-A) — больные с впервые выявленным заболеванием;
- первая-Б (I-B) — с рецидивом туберкулеза.

В обеих подгруппах выделяют больных с бактериовыделением (I-A-МБТ+, I-B-МБТ+) и без бактериовыделения (I-A-МБТ-, I-B-МБТ-).

Подгруппа I-B — больные, которые прервали лечение или не были обследованы по окончании курса лечения (результат их лечения неизвестен).

Вторая группа (II) больных туберкулезом

В этой группе наблюдают больных активными формами туберкулеза любой локализации с хроническим течением заболевания. Она включает две подгруппы:

- вторая-А (II-A) — больные, у которых в результате интенсивного лечения может быть достигнуто клиническое излечение;
- вторая-Б (II-B) — больные с далеко зашедшим процессом, излечение которых не может быть достигнуто никакими методами, и которые нуждаются в общеукрепляющем, симптоматическом лечении и периодической (при возникновении показаний) противотуберкулезной терапии.

Больной переводится (зачисляется) во II-A или II-B подгруппы на основании заключения центральной врачебной контрольной комиссии (клинико-экспертная комиссия), с учетом индивидуальных особенностей течения туберкулезного процесса и состояния больного.

Прибывших больных активным туберкулезом включают в соответствующую их состоянию группу диспансерного наблюдения.

Третья группа (III) больных туберкулезом

В третьей группе (контрольной) учитывают лиц, излеченных от туберкулеза любых локализаций с большими и малыми очагами туберкулезной инфекции или без остаточных изменений.

В рамках I, II и III групп диспансерного наблюдения и учета выделяют

больных с туберкулезом органов дыхания и туберкулезом внелегочной локализации.

Четвертая группа (IV) больных туберкулезом

В четвертой группе учитывают лиц, находящихся в контакте с источниками туберкулезной инфекции. Ее подразделяют на две подгруппы:

- четвертая-А (IV-А) — для лиц, состоящих в бытовом и производственном контакте с источником инфекции;
- четвертая-Б (IV-Б) — для лиц, имеющих профессиональный контакт с источником инфекции» [10, с. 237].

Противотуберкулёзная профилактика работает «на опережение», предоставляет каждому шанс не заразиться самому и не инфицировать других. Заботится о том, чтобы пациент, медперсонал и весь их близлежащий круг общения — не стали очередным источником передачи микобактерии туберкулеза и от них не заразилась общая масса здорового населения [7, с. 23].

«Целями лечения взрослых больных туберкулезом являются:

- ликвидация клинических проявлений туберкулеза и стойкое заживление туберкулезных изменений с восстановлением трудоспособности и социального статуса;
- излечение больных с наименьшим изменением их привычного образа жизни;
- предотвращение летальных исходов у тяжелобольных;
- не допускать обширных поражений легких с последующими осложнениями;
- предупредить развитие лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза;
- защитить членов семьи и общество от туберкулезной инфекции.

Принципы лечения:

- индивидуальность с учетом резистентности микобактерий туберкулеза и переносимости больным противотуберкулезных препаратов;
- контроль медицинского персонала за приемом

противотуберкулезных препаратов;

- комплексное воздействие на возбудителя и звенья патогенеза, лечение сопутствующих заболеваний, хирургическое лечение;

- комбинированное назначение не менее 3-4 противотуберкулезных препаратов, что необходимо для эффективного воздействия на бактериальную популяцию, состоящую из чувствительных микобактерий и мутантов, устойчивых к отдельным препаратам;

- непрерывность приема лекарств от 6-8 месяцев у детей с нелокальными формами до 14-16 месяцев у детей с осложненными формами заболевания;

Больные с активным туберкулезом получают лечение только в условиях туберкулезного стационара, в дальнейшем больные наблюдаются амбулаторно врачом фтизиатром. Лечение больных туберкулезом проводят комплексно. Оно включает химиотерапию, хирургическое лечение и коллапсотерапию, а так же патогенетическую терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

Лечение назначается с учетом формы и фазы туберкулезного процесса, определяется стандартами, которые представляют схемы лечения определенных групп больных туберкулезом» [12, с. 306].

Приверженность к лечению

Контролируемое лечение – это единственная возможность быть уверенными в том, что пациент принимает все прописанные ему лекарственные препараты. Формы такого лечения могут быть разными – либо это стационар, либо ежедневные визиты пациента в амбулаторное учреждение, либо стационар на дому, когда препараты привозят к пациенту. Иногда, в случаях, когда невозможны ежедневные визиты, назначается прерывистое лечение (3 раза в неделю), в более высоких дозах. Это бывает более трудно для больных, так как много таблеток трудно проглотить, и чаще встречаются побочные действия [1, с. 481].

Страдающие туберкулезом, как правило, предъявляют жалобы, которые волнуют их не меньше месяца, и симптомы со временем усугубляются. Так как

чаще всего случается легочный туберкулез, то и жаловаться больные будут на кашель и периодически – на кровохарканье. Симптомами более запущенного процесса являются похудание, ухудшение аппетита, и ночные поты. У всех больных легочным туберкулезом выявляются изменения на рентгенограмме грудной клетки, стандартно и типично они локализуются в верхних долях, хотя на данный момент обычная картина легочного туберкулеза встречается несколько реже, в основном ВИЧ-инфекции [9, с. 47].

При трудном течении заболевания могут поражаться несколько долей легких, и увеличение внутригрудных лимфатических узлов. Если на рентгенограмме органов грудной клетки выявляются изменения, у больного в обязательном порядке берут мокроту на анализ – это нужно делать у всех больных, которые кашляют 3 недели и продолжительнее.

В мокроте при туберкулезе имеются палочки Коха, в случае их обнаружения при обычной микроскопии, подобных больных называют «положительными по мазку», такие больные высоко заразны. Тем не менее отсутствие палочек при исследовательском анализе под микроскопом совсем не исключает туберкулез, просто такие больные наименее заразны. Так же, у пациента могут отмечаться остальные неспецифические нормативы, к примеру, увеличение СОЭ, либо С-реактивного белка.

Нормативно – правовая база

Все учреждения имеют в своем штате медсестринский персонал, который играет ведущую роль в лечении туберкулеза, соблюдая следующие приказы:

Федеральный закон № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ»;

Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;

Постановление № 892 «О реализации Федерального закона № 77-ФЗ»;

Постановление № 1006 «Об утверждении правил предоставления

медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

Постановление № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СанПин 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза»;

Приказ № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»;

Приказ № 124Н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»;

Распоряжение от 28.12.2016г № 2885-Р «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения»;

Постановление № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

Приказ Минздрава России от 29.06.2016г № 425Н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»;

Постановление № 925 «О признании утратившими силу отдельных положений актов Правительства Российской Федерации»;

Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003г № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»;

Приказ Минздрава РФ № 932Н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом».

Сотрудничество с «Российской Организацией Красного Креста» и «Зеленый свет»

Проект, в рамках которого осуществляются социальная и финансовая помощь, называется «Обеспечение всеобщего доступа к ускоренной лабораторной диагностике лекарственно устойчивого туберкулеза и всеобщего охвата пациентов с лекарственно устойчивым туберкулезом качественным

лечением».

Сегодня больным туберкулезом, которые лечатся амбулаторно, но соблюдают назначения, Российское Общество Красного Креста с целью мотивации к регулярному приему лекарств переводит денежные средства, а также обеспечивает бесплатный проезд до лечебных учреждений. Кроме того, волонтеры Российского Общества Красного Креста продолжают оказывать психологическую поддержку. В реализации этого проекта сотрудники Белгородской областной организации Российского Общества Красного Креста работают в тесном взаимодействии со специалистами.

Ежемесячно врачи фтизиатры уточняют и согласовывают списки больных. Такая двойная поддержка мотивирует больных соблюдать режим лечения, что, несомненно, повышает его эффективность и способствует профилактике туберкулеза. По последним данным, в рамках проекта «Обеспечение всеобщего доступа к ускоренной лабораторной диагностике лекарственно устойчивого туберкулеза и всеобщего охвата пациентов с лекарственно устойчивым туберкулезом качественным лечением» по всей стране помощь получают более трехсот человек. Для них работают в проекте более 120 обученных волонтеров Российского Общества Красного Креста.

К программе «Зеленый свет» в 2000 году обратились представители Международной федерации Красного Креста с предложением начать лечение туберкулеза по международным стандартам. Весь медперсонал прошел подготовку по международным стандартам.

На базе областного тубдиспансера была создана единая компьютерная база данных больных – появилась возможность отслеживать их. Начали работать с людьми, которые освобождаются из учреждений исполнения наказаний, чтобы продолжали курс лечения на дому. Тех, кто становился на учет в диспансер в течение 3 дней, Красный Крест бесплатно обеспечивает пайками, юридической и психологической поддержкой. Эти меры помогли довести количество тех, кто продолжил лечение, с 15 до 88%. Сейчас каждый, кто поступает в отделение, обследуется на все инфекции и, обычно, за срок

пребывания в диспансере успевает вылечиться.

Программа «Зеленый свет» предусматривает поставки лекарств для лечения больных с устойчивой формой туберкулеза – то, чем раньше не пробовали заниматься ввиду высокой стоимости лечения: примерно миллион рублей на одного больного.

Отбор регионов-участников был очень строгим. Основное условие – чтобы был задействован и тюремный сектор региона. Так же, в области должны быть уже достигнуты реальные результаты, свои наработки, планы. Программа «Зеленый свет» реализована, по области этот курс за 5 лет пройдут около 300 человек (из них 50 больных - из мест лишения свободы), для которых это будет последним шансом обрести здоровье.

Курс лечения примерно 2 года, ежедневно прием 6 - 7 препаратов под контролем медицинского работника. Прерывать лечение нельзя категорически: если перерыв составит больше 3 недель, у больного развивается лекарственная устойчивость к препаратам. И если он такими «устойчивыми» бактериями кого-то заразит, то вылечить заболевшего будет практически невозможно. Необходимо отчитываться постоянно: о каждом человеке, за каждую таблетку.

Туберкулез можно действительно вылечить, только если начать решать вопрос на уровне государственном, в настоящее время существует закон о принудительном лечении.

Деятельность медицинской сестры в амбулаторном лечении туберкулеза

Пациентов с туберкулезом следует систематически курировать, чтобы убедиться, что:

- пациент не прерывает лечение;
- быстро выявлены все тяжелые побочные эффекты лечения;
- состояние пациента улучшается, хотя порой это происходит очень медленно.

Лучше всего, если пациент может получать лечение дома, так как в этом случае у него наиболее комфортные и привычные условия. Однако пациенты с открытой формой туберкулеза должны находиться в стационаре, по крайней мере, до прекращения лечения. Зачастую приходится помогать пациенту решать и социальные проблемы, ведь туберкулез – болезнь социальная, часто ею болеют бедные и бездомные. Поэтому именно меры социальной поддержки (оплата проезда к месту лечения, продуктовые пакеты) помогают привлечь данную категорию больных к лечению, и гарантировать завершение курса химиотерапии. Медсестра играет очень важную роль в процессе обеспечения приверженности пациентов к лечению. После того, как был подтвержден диагноз, следует начинать лечение как можно скорее и в полном объеме.

Многим пациентам в начале курса лечения бывает трудно, так как приходится принимать много препаратов, и это осложняется побочными действиями. Позднее, когда состояние пациентов улучшается, но болезнь сохраняет активность, пациент может бросить лечение, если его ничего не беспокоит, и здесь очень важно объяснить ему, зачем нужно продолжать принимать лекарственные препараты. Медицинская сестра должна убедиться в том, что пациент принимает лекарства правильно, и поддерживать пациентов, его родных и друзей, так как заболевание туберкулезом – это не только сложная медицинская, но и психологическая проблема. Это позволяет предупредить отрыв от лечения и рецидивы. Медсестра может помочь в устранении побочных эффектов, она контролирует периодичность набора контрольных анализов, и организует госпитализацию пациента в стационар.

Туберкулез, увы, не становится болезнью прошлого, число случаев его в мире растет, и в России достигнута пока только некоторая стабилизация заболевания. Пациентам, их родственникам и друзьям требуется помощь специалиста. Трудно переоценить роль медицинской сестры в организации лечения больных туберкулезом – она и контролирует, и поддерживает, и советует, а также обеспечивает безопасность, как для пациента, так и для его окружения. Противотуберкулезную помощь населению оказывают все лечебно-

профилактические учреждения общей лечебной сети, противотуберкулезные диспансеры, санатории, больницы, отделения и кабинеты, центры службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Медицинская сестра любого медицинского учреждения должна иметь знания в области эпидемиологии и профилактики, клиники и лечения туберкулеза, организации своевременного выявления, вакцинации и амбулаторной химиотерапии.

«Роль медицинской сестры в лечении туберкулеза поистине велика, именно медицинская сестра ведет документацию, выполняет инъекции, проводит туберкулиновые пробы, оказывает доврачебную помощь (например, при легочном кровотечении)» [13, с. 666].

«Весьма ценную помощь медицинская сестра оказывает врачу в организации амбулаторного приема больных: до начала приема она отбирает соответствующие истории болезни, подбирает к ним рентгенограммы, подклеивает результаты анализов после просмотра их врачом. Она регулирует прием, вызывая к врачу в первую очередь больных с повышенной температурой, жалобами на боли, кровохарканье, одышку или плохое самочувствие. С больничным листом на руках, слабых и пожилых, приехавших на консультацию издалека; по назначению врача заполняет документацию; в процедурном кабинете выполняет назначения и проверяет регулярность посещения назначенных больных, работает с контрольной картотекой, отмечает даты прихода и вновь назначает явки больного, вписывает диагнозы, группу учета, данные о стационарном, санаторном и амбулаторном лечении, изменения в трудовой деятельности больных, их месте жительства, выявляет лиц, не явившихся в контрольные сроки в диспансер. Работает с картой участковой медицинской сестры, вписывает дату посещения очага, отмечает его санитарное состояние, поведение больного, выполнение плана оздоровления очага, содержание проведенной беседы» [2, с. 89].

«Участковая сестра работает совместно с медицинской сестрой отделения по выявлению лиц, контактирующих с больными туберкулезом. Она помогает

медицинскому статисту в сборе материала для составления годового отчета» [6, с. 392].

ГЛАВА 2 ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

2.1. Статистический анализ

За последние годы в Белгородской области удалось достигнуть стабилизации основных эпидемиологических показателей по туберкулёзу с отчётливой тенденцией к их снижению, из предоставленных данных (Таб. 1.) представлена динамика показателей за год.

Для того чтобы отследить тенденцию заболеваемости туберкулезом по Белгородской области ниже приведены проанализированные нами показатели за два предыдущих года.

Таблица 1.

Основные показатели по заболеваемости туберкулезом

	Показатель	2016 г	2017 г	Вывод
1	Заболеваемость жителей	39,8	32,9	Снижение на 17,3%
2	Смертность A15-A19. (от туберкулеза)	6,6	4,9	Снизилась на 25,7%

Из представленной таблицы мы можем видеть, что заболеваемость жителей снизилась на 17,3%.

Показатель смертности снизился на 25,7% с 6,6 на 100 тыс. в 2016 году до 4,7 на 100 тыс. в 2017 году, количество сохраненных жизней – 33 (по данным Росстата) человек, по данным ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер» – 27. За три года в Белгородской области смертность снизилась с 7,1 до 4,7 на 100 т. населения на 34%. Темпы снижения смертности по РФ – с 9,0 до 6,2 –на 31%, СЗФО - с 6, 0 до 3,8 на 100 т населения на 36%.

Основные эпидемиологические показатели, характеризующие ситуацию

по туберкулезу в Белгородской области за 3 года с 2015-2017 гг. представлены в Таблице 2.

Таблица 2.

Эпидемиологические показатели

		Заболеваемость (первичная) на 100 тыс. населения				Рецидивы %	Распространенность на 100 тыс. населения	Смертность на 100 тыс. населения
		Всего	Постоянно о населения	Дети	Взрослые			
Российская Федерация	2017	48,3	41,6	9,7	21,6	9,0	109,8	6,2
	2016	53,3	45,6	11,5	23,9	7,3	121,3	7,5
	2015	57,7	49,3	12,5	27,0	7,7	129,1	9,0
Белгородская область	2017	37,4	32,9	9,7	20,8	7,1	85,4	4,7
	2016	45,3	39,8	11,6	14,2	6,0	95,7	6,6
	2015	48,9	44,7	12,8	19,3	7,5	104,4	7,1

На эпидемиологический процесс в России отрицательно влияет эпидемия ВИЧ-инфекции с ростом числа и доли пациентов с туберкулезом на фоне поздних стадий ВИЧ-инфекции, а также рост доли пациентов с множественной лекарственной и широкой устойчивостью микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам.

В структуре впервые выявленных больных туберкулезом в области доля больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом снизилась с 2015 годом на 9,1% и в 2017 году составила 35,3% (2016 –36,8% в 2015 - 38,4%). Заболеваемость ВИЧ/ТВС составила 11,6 на 100 тыс. населения (2016 -14,7, в 2015 - 16,9), в РФ - 2016г. – 8,5; 2017 г. –8,4 на 100 тыс. населения.

2.2. Практическое исследование деятельности медицинской сестры

Исходя из имеющихся целей и задач для получения нужных нам результатов, в представленной исследовательской работе была рассмотрена деятельность медицинской сестры фтизиатрического кабинета по ее основным

обязанностям на базе ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер».

Нами была составлена анкета (Приложение 1.) из 17 вопросов, на которые ответили 30 пациентов, находящихся на амбулаторном лечении с диагнозом туберкулез. Полученные данные были систематизированы и проанализированы.

Для полноты представления об исследуемой группе, нами был проанализирован половозрастной состав респондентов.

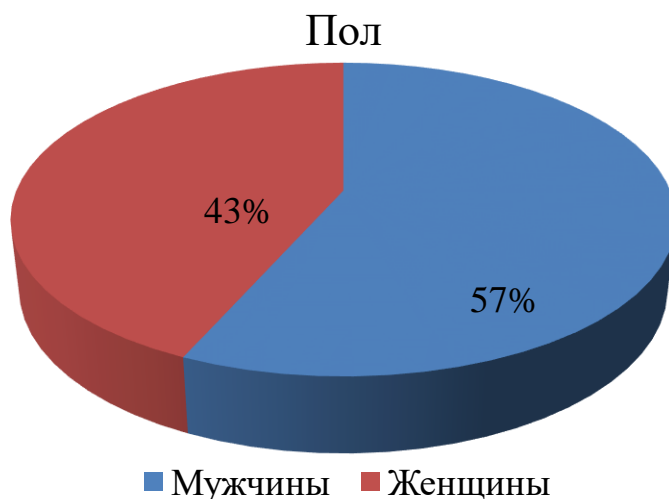


Рис. 1. Пол.

В результате проведенного анкетирования (Рис. 1.) было выявлено, что среди опрошенных находящихся на амбулаторном лечении мужчин – 57% и 43% женщин.

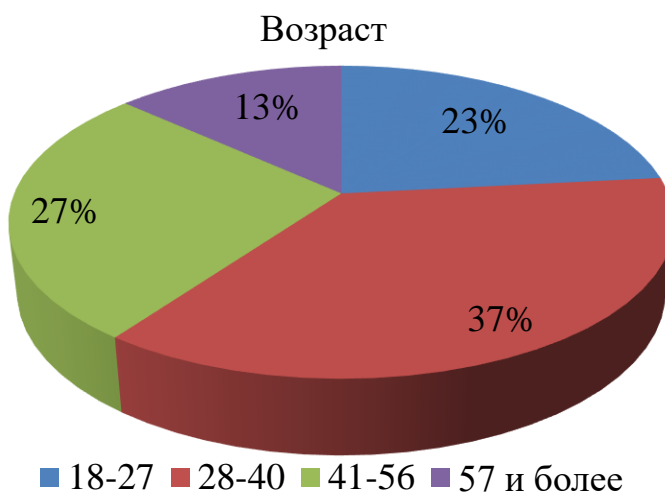


Рис. 2. Возраст

Анализируя данные диаграммы (Рис. 2.) наиболее многочисленная группа – это пациенты в возрасте 28-40 лет- 37%, а самая малочисленная – 57 и более лет-13%.

Социальный статус является одним из факторов риска заражения микобактерией туберкулеза. Люди, работающие на вредном производстве, имеют больший риск заражения, чем люди, которые большую часть времени проводят дома. Поэтому, в связи с повышенной заболеваемостью работающего контингента профилактические осмотры проводятся один раз в год.

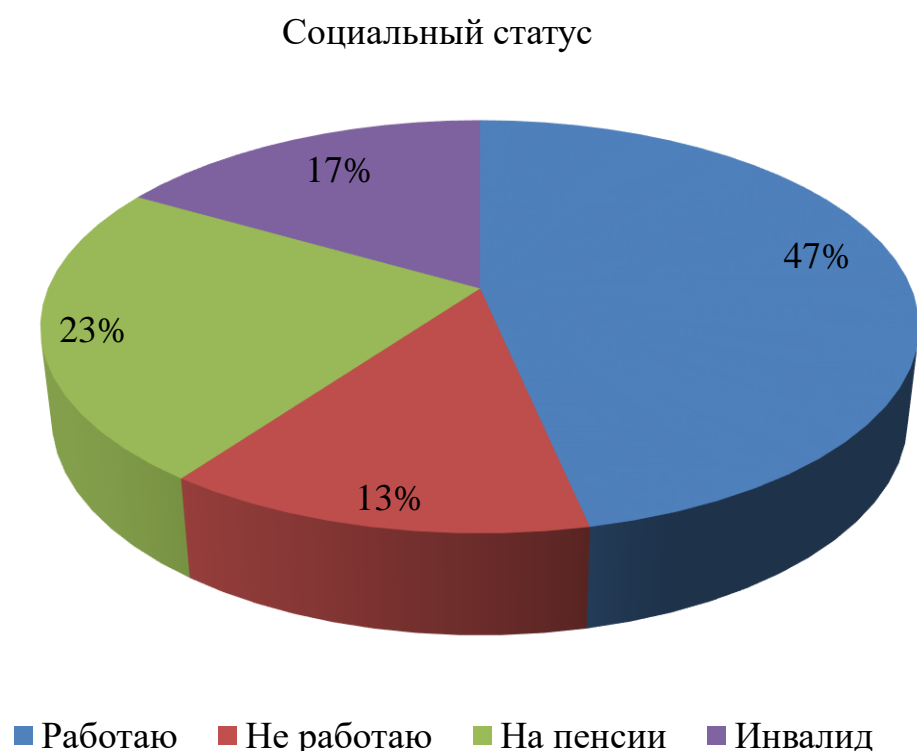


Рис.3. Социальный статус

На вопрос (Рис. 3.) о социальном статусе 47% респондентов продолжают работать, находясь на лечении; 13% - не работают; 23% - находятся на пенсии и 17% получили статус инвалида.

Наиболее многочисленная группа респондентов – это работающие мужчины в возрасте 28-40 лет.

В связи с широкой распространенностью туберкулеза по всему миру вероятность контакта с больным велика.

Попадание в организм хотя бы одной - двух палочек Коха приводит к заражению и развитию локального воспаления. Эти процессы происходят незаметно и не имеют клинических проявлений, как правило, не приводят к развитию активной формы туберкулеза.

Табачный дым повышает нагрузку на легкие и значительно снижает эффективность лекарств.

Негативные факторы характерные для курильщиков:

- туберкулиновые палочки Коха, которые являются источником инфекции, медленно покидают организм. Чем больше пациент курит, тем длительней он выздоравливает;
- под действием сигаретного дыма, часть кислорода превращается в токсичное вещество карбоксигемоглобин. Это соединение разрушает иммунную систему;
- от горячего сигаретного дыма ткани легких становятся рыхлыми, на них легко закрепляются патогенные микроорганизмы. Есть риск помимо туберкулеза приобрести другие инфекционные заболевания: бронхиальную астму, бронхиты, пневмонии и другие;
- лекарственные препараты теряют эффективность;
- в несколько раз снижается эффективность «Изониазида», а это самый основной противотуберкулезный препарат, который избавляет организм от палочек Коха. Это связано с тем, что сигаретный дым увеличивает жизнеспособность возбудителя, он приспосабливается и становится не восприимчивым к воздействию лекарственного препарата;
- снижается эффективность антибиотикотерапии. «Кларитромицин», «Левифлоксацин», «Цефотаксим» и другие антибиотики не оказывают должного терапевтического эффекта, так как быстро разрушаются и выводятся из организма.

По статистике подтверждено, что у курящих пациентов лечение заканчивается летальным исходом в 4 раза чаще, чем у тех пациентов, которые отказались от курения или не курили вообще.

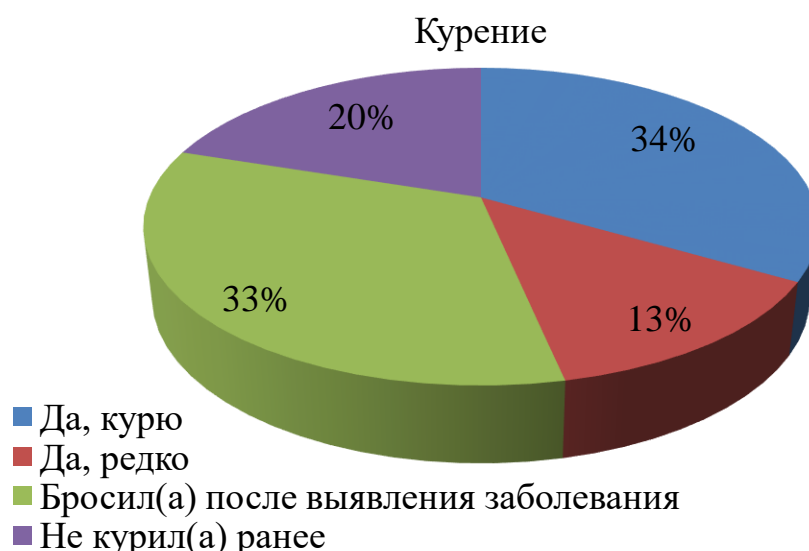


Рис. 4. Курение

В результате полученных данных (Рис. 4.) мы видим, что 34% респондентов курят, 13% - курят редко, 33% - бросили, 20% - не курили ранее.

О заражении можно узнать через пробу Манту. Наличие «спящих» палочек является основой для активной формы туберкулеза. Однако происходит это не всегда – по статистике активная форма развивается у 1-5% инфицированных людей. Наиболее большой риск развития туберкулеза впервые 2 года после первичного инфицирования – именно в этот период времени, инфицированный человек нуждается в наблюдении фтизиатром.



Рис. 5. Наличие контакта с больным туберкулезом

Из полученных ответов (Рис. 5.) нами был сделан вывод, что 67% респондентов не знают, был ли у них контакт с больным туберкулезом, у 20% респондентов не было контакта, 13% - контакт был.

Информированность пациента о принципах лечения одна из важнейших составляющих его выздоровления и возвращение его в социум.

Лечение при туберкулезе очень длительное и сложное. Требуется точного выполнения и терпения, как со стороны медицинской сестры, так и со стороны пациента.

Для того чтобы пациент понимал почему необходимо соблюдать все правила лечения строго, медицинская сестра должна объяснить все нюансы проходимой пациентом химиотерапии, предупредить о возможных осложнениях и побочном действии лекарственных препаратов, ведь, порой некоторые побочные эффекты могут пугать пациента, так как он, может не понимать о причине их происхождения.



Рис. 6. Информированность о принципах лечения

Мы выяснили, (Рис. 6.) что 53% пациентов полностью осведомлены обо всех принципах лечения, 40% хотели бы знать больше информации, 7% осведомлены не полностью.

От соблюдения режима лечения, зависит исход лечения пациента. Если

не принимать лекарственные препараты своевременно, то может выработаться устойчивость к микобактериям туберкулеза, и это может привести не только к множественной лекарственной устойчивости, но к хронизации процесса, который может закончиться летально.

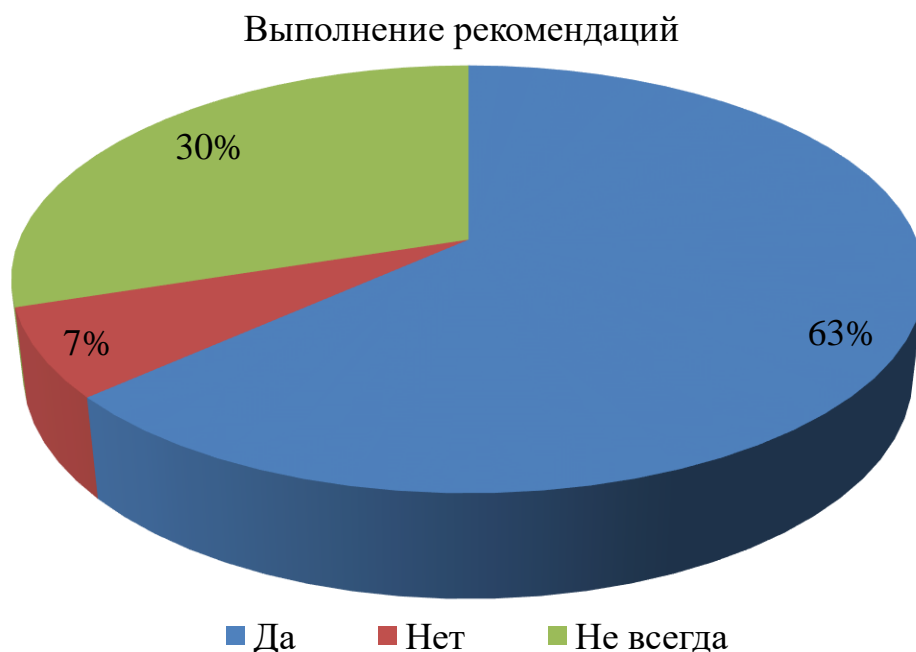


Рис. 7. Выполнение рекомендаций

При анализе полученных ответов (Рис. 7.) было выявлено, что 63% опрошенных систематически выполняют рекомендации своего врача; 30% не всегда выполняют данные им рекомендации, 7% не выполняют рекомендации врача, что на самом деле недопустимо.

При несвоевременном соблюдении зачастую приходится заново подбирать препараты, на что уходит достаточно много времени. В тот момент пока врач подбирает другие препараты, пациент может заразить до 20 человек.

Основным фактором в амбулаторном лечении туберкулеза, является контролируемый прием лекарственных препаратов, согласно Приказа Минздрава РФ от 21.03.2003г № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». Пациент обязан ежедневно посещать фтизиатрический кабинет и принимать лекарственные препараты в присутствии медицинской сестры, о чем она

должна поставить отметку в «Медицинская карта лечения больного туберкулезом – ТБ 01» (Приложение 2).



Рис. 8. Контроль приема лекарственных средств

В ходе опроса (Рис. 8.) о контроле медицинской сестрой приема лекарственных средств, 50% опрошенных ответили, что медицинская сестра постоянно контролирует прием препаратов, 43% ответили, что контроль ведется постоянно, кроме выходных, 7% ответили, что контроль не осуществляется.

Контроль приема лекарственных препаратов позволяет предупредить отрыв от лечения и рецидивы. Медсестра может помочь в облегчении состояния при проявлении побочных эффектов, она контролирует периодичность набора контрольных анализов, поэтому очень важно, чтобы медицинская сестра контролировала прием лекарственных средств.

Отказ от лекарственных средств может привести к переходу заболевания в хроническую форму и ухудшению общего состояния организма. Поэтому

медицинская сестра должна объяснить пациенту, насколько важно принимать лекарственные средства постоянно и не прерывать их прием самостоятельно.

Так же медицинская сестра может привлекать родственников пациентов к помощи и поддержке в лечении заболевания, проводить беседы о важности приема препаратов.

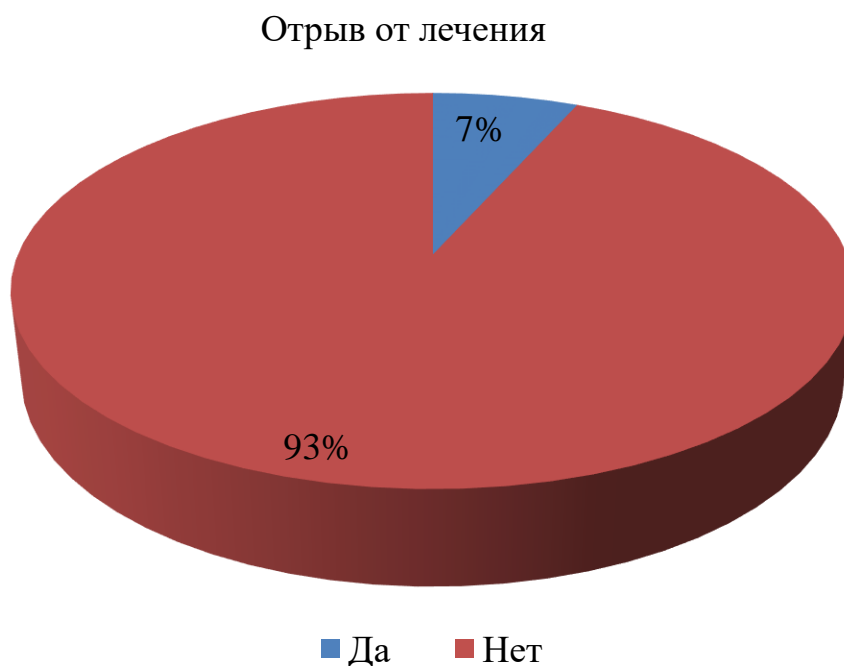


Рис. 9. Отрыв от лечения

В результате анализа анкет (Рис. 9.) было определено, что 7% пациентов прерывали прием назначенных препаратов, а 93% не прерывали.

Согласно Приказу Минздрава Российской Федерации от 21.03.2003 года №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» при поддержке программы «Зеленый свет», из федерального бюджета выделяются денежные средства на обеспечение больных туберкулезом, находящимся на амбулаторном лечении.

Не смотря на то, что многие лекарственные средства пациенты должны получать при обращении во фтизиатрическую службу бесплатно, есть ряд препаратов, не входящих в перечень необходимых, на нужный конкретному пациенту в определенных ситуациях.

Лекарственному обеспечению не подлежат граждане, не зарегистрированные на лечение, и которые еще не входят в программу «Зеленый свет». Данная ситуация несет временный характер, и как правило возникает в том случае, когда лица, с установленным диагнозом не являются гражданами Российской Федерации.

Приобретение медикаментов за свои средства



Рис. 10. Приобретение медикаментов за свои средства

По полученным данным анкетирования (Рис. 10.) мы можем заметить, что: 3% больных покупают лекарственные препараты самостоятельно, 77% получают лекарства бесплатно и 20% частично покупают сами.

Выдача продуктовых наборов является не только дополнительным источником для правильного питания, но и стимулом, так как тем, кто не соблюдает режим питания, продуктовые наборы Российская Организация Красного Креста не выдает.

Получение продуктовых наборов от РОКК

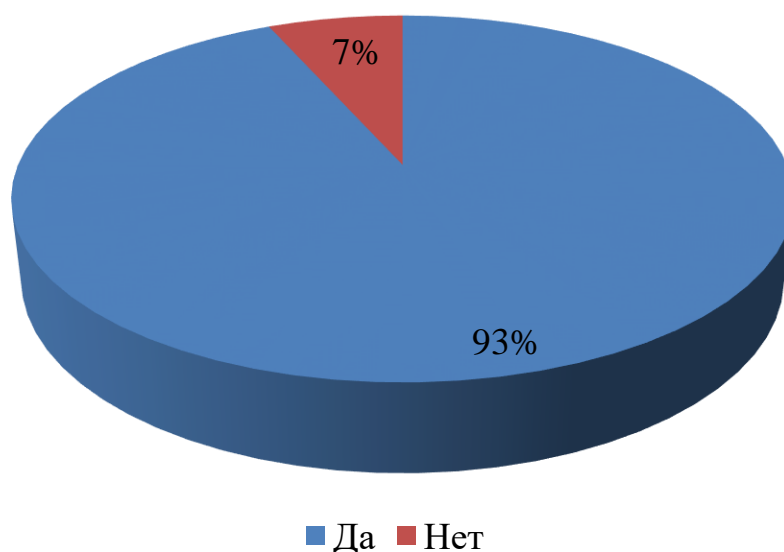


Рис. 11. Получение продуктовых наборов

Проведя анализ анкетирования (Рис. 11.) мы получили следующие данные: 93% опрошенных получают бесплатные продуктовые пайки, 7% - не получают.

Еще один из видов оказываемой помощи Российской Организацией Красного Креста больным туберкулезом является выдача гигиенических наборов.

Обеспечению гигиеническими и продуктовыми наборами не подлежат граждане, не зарегистрированные на лечение. Данная ситуация несет временный характер, и как правило возникает в том случае, когда лица, с установленным диагнозом не являются гражданами Российской Федерации.

Пациенты, не соблюдающие режим, снимаются с бесплатного обеспечения продуктовыми и гигиеническими наборами до тех пор, пока не начнут все правила лечения. В компетенцию медицинской сестры входит ежемесячный учет и отчет по наборам, а так же составление требований на получение оказываемой помощи Российской Организацией Красного Креста.

Нами был задан вопрос «Выдавали ли Вам бесплатно в кабинете фтизиатра гигиенические наборы?».

Нами были получены следующая информация (Рис. 12.).

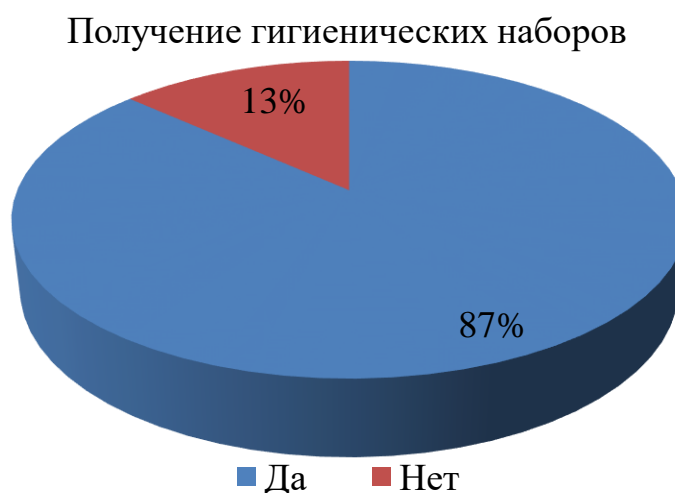


Рис. 12. Получение гигиенических наборов

Из полученных данных можно сделать вывод, что только 13% респондентов не получали бесплатные гигиенические наборы, а 87% респондентов получали.

Важным в оценке очага является окружение больного, особенно наличие детей, их число и возраст, частота их общения с больным, своевременность проведения вакцинации, ревакцинации и химиопрофилактики. Посещать очаги медицинская сестра обязана не реже 1 раза в месяц. Она рассказывает пациенту и членам его семьи о сущности заболевания, методах лечения, обучает выполнению основных правил гигиены и режима. Так же медицинская сестра должна объяснить важность профилактики и правила дезинфекции.

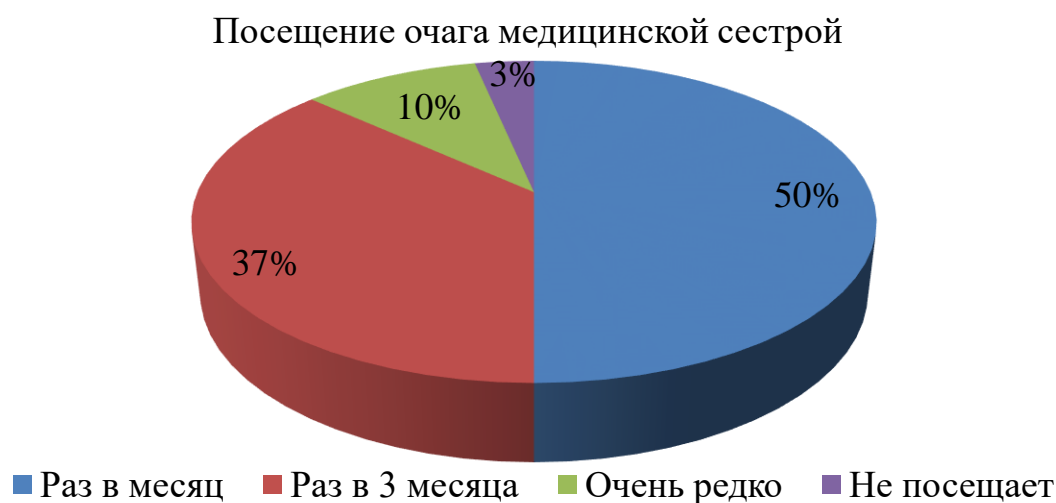


Рис. 13. Посещение очага медицинской сестрой

Из диаграммы (Рис. 13.) мы можем увидеть, что 50% пациентов утверждают, что медицинская сестра посещает их раз в месяц, 37% ответили, что медсестра посещает их один раз в три месяца, 10% посещает очень редко и 3% не посещает совсем.

Пациентов, находящихся на лечении туберкулеза, при наличии кашля с отделением мокроты, обеспечивают индивидуальной плевательницей. Это поможет обеспечить безопасную окружающую среду для близких пациента.

Плевательница обязательно заполняется на 1/4 объема 5% раствором хлорамина. В квартирах, где есть канализация, мокроту сливают в канализационный сток, в сельской местности мокроту выливают на бумагу и сжигают. Для обеззараживания плевательниц, после удаления из них мокроты, рекомендуется кипячение в течение 15 минут в 2% растворе соды.

Медицинская сестра должна обучить пациента и его окружение правилам пользования, дезинфекции и утилизации мокроты. Ведь именно медицинская сестра является источником информирования. Она должна контролировать процесс пользования и дезинфекции плевательницы.

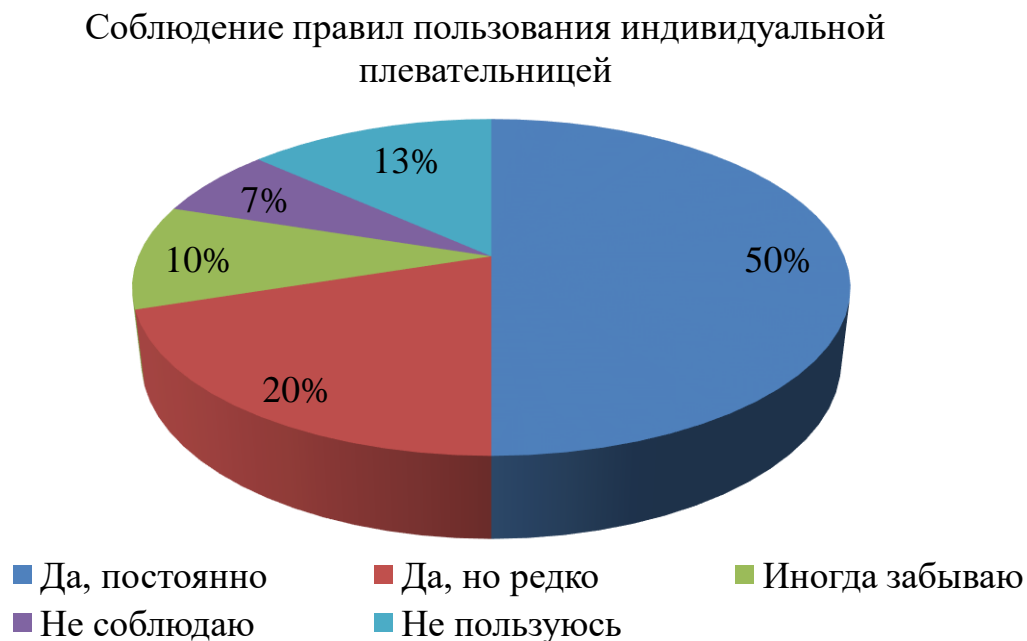


Рис. 14. Соблюдение правил пользования индивидуальной плевательницей

По результатам анкетирования (Рис. 14.) мы можем заметить, что 50% респондентов постоянно соблюдают правила пользования плевательницей, 20% - редко соблюдают, 10% опрошенных иногда забывают, 7% - не соблюдают правила, 13% респондентов не пользуются плевательницей.

Такой критерий как доверие к медицинским работникам является очень важным для эффективного общения и лечения. Если пациент доверяет медицинским работникам в целом, то он будет дисциплинировано соблюдать режим лечения и все остальные рекомендации.



Рис. 15. Доверие медицинским работникам

По результатам диаграммы (Рис. 15.) мы можем заметить, что: 68% респондентов доверяют и врачу и медицинской сестре в вопросах лечения, 19% - доверяют только лечащему врачу, 3% - испытывают доверие только к медицинской сестре, 10% - не доверяют вообще никому.

Так как вокруг туберкулеза сложились жесткие стереотипы, многие люди испытывают негативное отношение к пациентам находящимся на амбулаторном лечении туберкулеза. При прохождении амбулаторного лечения

может возникнуть дискомфорт от нахождения в одном медицинском учреждении совместно с другими людьми. Роль медицинской сестры как помощницы участкового фтизиатра весьма значительна. Врач посещает пациента на дому 1 раз в 3 месяца, но основную работу в очаге – профилактическую и санитарно-эпидемиологическую проводит именно медицинская сестра. Каждый очаг имеет свои эпидемиологические особенности. Встречаются как очаги спокойные, так и очаги, в которых инфекционная опасность особенно велика.



Рис. 16. Дискомфорт или стресс

На наш вопрос испытывают ли пациенты дискомфорт или стресс при прохождении амбулаторного лечения в поликлинике по месту жительства, (Рис. 16.) мы получили следующие данные: 33% опрошенных ответили утвердительно, 27% - отрицательно, а 40% испытывают незначительный дискомфорт.

От стимула к выздоровлению зависит приверженность больных к ежедневному посещению фтизиатрического кабинета, для прохождения контролируемого лечения. Испытывая дискомфорт от негативного отношения к

себе, со стороны окружающих, пациент может потерять стимул к лечению или прервать лечение, из-за того, что мнение окружающих, является для него основополагающим.

Медицинская сестра на протяжении всего периода лечения должна поддерживать больного морально, а так же, объяснить родственникам как лучше помочь пациенту справиться с переживаниями и о важности постоянной поддержки пациентов в регулярном лечении.

Поэтому нами был задан вопрос: «Есть ли у Вас стимул к выздоровлению?»

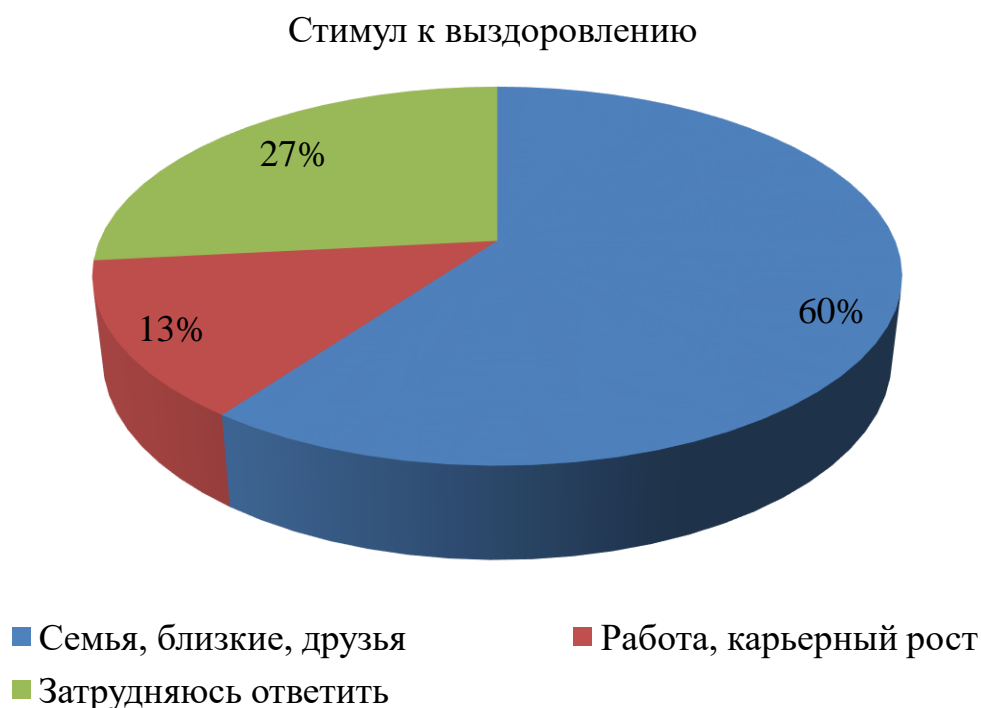


Рис. 17. Стимул к выздоровлению

Проведя анализ анкет (Рис. 17.), мы видим, что: 60% пациентов имеют стимул в виде семьи и близких, 13% - видят стимул в построении карьеры, 27% - затрудняются ответить на данный вопрос.

При амбулаторном лечении больных туберкулезом на медицинскую сестру ложится большая ответственность.

В ее обязанности входит не только уход и обучение пациента и его окружения, но и контроль лечения своевременность исследований, работа в

очаге инфекции, текущая, заключительная и камерная дезинфекция, учет и выдача продуктовых и гигиенических наборов и прочая деятельность, связанная с Российской Организацией Красного Креста и «Зеленый свет».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе написания дипломной работы проведен анализ литературных источников, который показал актуальность темы и важность роли медицинской сестры в амбулаторном лечении туберкулеза. Основная нагрузка возлагается на медицинскую сестру, так как именно она контролирует прием лекарственных препаратов, своевременное проведение исследований, информирование пациента и его родственников, проведение дезинфекции в очаге. Лечение туберкулеза требует дисциплинированного употребления противотуберкулезных препаратов, не допускающего необоснованных перерывов.

В ходе проведенного исследования были сделаны следующие **выводы:**

1. Среди респондентов преобладают мужчины (57%); в возрасте 28-40 лет- 37%, почти половина респондентов – работают;
2. наличие контакта с больным туберкулезом подтвердили 13% опрашиваемых;
3. 7% респондентов не выполняют рекомендации врача, что на самом деле недопустимо;
4. 7% респондентов ответили, что медицинская сестра не осуществляет контроль за приемом лекарственных средств, то же количество пациентов прерывали лечение;
5. Треть респондентов курят;
6. Тем, что лечение проводится амбулаторно не удовлетворены 33% респондентов;
7. Семья и близкие являются стимулом к выздоровлению у 60% респондентов;
8. Только 3 % пациентов, покупают лекарственные средства самостоятельно, потому что временно не входят в программу «Зеленый свет»;
9. Медицинской сестре и лечащему врачу доверяют 68% пациентов;

10. Осведомлены обо всех принципах лечения 53% респондентов;
11. 93% опрошенных бесплатные получают продуктовые пайки и 87% гигиенические наборы.
12. 50% пациентов ответили, что медицинская сестра посещает их раз в месяц, а 3% не посещает совсем;
13. правила пользования плевательницей соблюдают половина респондентов.

Практические рекомендации для медицинских сестер:

1. Усилить контроль за:
 - приемом лекарственных средств;
 - отказом пациентов от курения;
 - соблюдением пациентами санитарно-эпидемиологического режима;
 - соблюдением пациентами высокобелковой диеты.
2. Своевременно информировать:
 - о возможных способах облегчения побочных эффектов;
 - о своевременности прохождения контрольных исследований;
 - о способах решения психологических проблем.
3. Соблюдать:
 - врачебную тайну;
 - этику;
 - деонтологию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алекса, В.И. Практическая пульмонология [Текст] : учебник /В.И. Алекса. – Москва : Триада-Х, 2016. – 678с.
2. Артюнина, Г.П. Основы социальной медицины [Текст] : учебник /Г.П. Артюнина. – Псков : ПсковГУ, 2015. – 310с.
3. Бойко, А.Н. Спастичность: клиника, диагностика и комплексная реабилитация с применением ботулинотерапии [Текст] : учебник / Бойко А.Н. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 251 с.
4. Браженко, Н.А. Фтизиопульмонология [Текст] : учебник /Н.А. Браженко. – учебное пособие для студентов высших. Учебных заведений. – Москва : Академия, 2016. – 359с.
5. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий [Текст] : учебник / С. И. Двойников ; под ред. С. И. Двойникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 448 с.
6. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура [Текст] : учебник / Епифанов, А.В. Епифанов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 298 с.
7. Лычев, В.Г. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи [Текст] : учебник / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. – 2-е изд., перераб., испр. И доп. – Москва : ФОРУМ: ИНФРА-М, 2015. – 332 с.
8. Обуховец, Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Текст] : учебник / Т.П. Обуховец; под ред. Б.В. Кабарухина – Ростов на Дону : Феникс, 2015. – 412 с.
9. Самусев, Р.П. Атлас анатомии человека [Текст] : учебник пособие для студентов учреждений средних профессиональных образований / Р.П. Самусев. – Москва : Издательство АСТ: Издательство Мир и Образование, 2017. – 544 с.
10. Смолева, Э.В. Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Текст] : учебник / Э.В. Смолева; под ред. Б.В. Кабарухина – Ростов на Дону : Феникс, 2017. – 365 с.

11. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии [Текст] : учебник / Э.В. Смолева. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2016. – 473с.
12. Тарасевич, Т.В. Сестринское дело [Текст] : учебник / Т.В. Тарасевич – Минск : РИПО, 2017. – 359 с.
13. Чучалин, А.Г. Клиническая диагностика [Текст] : учебник / Чучалин А.Г., Бобков Е.В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 800 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета для пациентов находящихся на амбулаторном лечении туберкулеза.

1. Укажите Ваш пол

- А. Мужской
- Б. Женский

2. Укажите Ваш возраст

- А. 18-27
- Б. 28-40
- В. 41-56
- Г. 57 и более

3. Социальный статус?

- А. Работаю
- Б. Не работаю
- В. На пенсии
- Г. Инвалид

4. Был ли у Вас контакт с больными туберкулезом?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Не знаю

5. Систематически ли Вы выполняете все рекомендации лечащего врача?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Не всегда

6. Ежедневно ли медицинская сестра контролирует прием лекарственных средств?

- А. Да, постоянно
- Б. Кроме выходных
- В. Не контролирует

7. Бывало ли такое, что Вы самостоятельно прерывали прием лекарственных препаратов назначенных Вам врачом?

- А. Да
- Б. Нет

8. Курите ли Вы?

- А. Да, курю
- Б. Да, редко
- В. Бросил(а) после выявления заболевания
- Г. Не курил(а) ранее

9. Получаете ли Вы бесплатные продуктовые пайки?

- А. Да
- Б. Нет

10. Испытываете ли Вы дискомфорт и стресс, связанные с Вашим заболеванием?

- А. Да, испытываю
- Б. Незначительные
- В. Нет, не испытываю

11. Есть ли у Вас стимул к выздоровлению?

- А. Семья, близкие, друзья
- Б. Работа, карьерный рост
- В. Затрудняюсь ответить

12. Тратите ли Вы свои денежные средства на лекарственные препараты?

- А. Покупаю все лекарства сам
- Б. Лекарственные препараты выдают бесплатно
- В. Частично покупаю

13. Доверяете ли Вы своему лечащему врачу и медицинской сестре в вопросах лечения?

- А. Доверяю только врачу
- Б. Не доверяю вообще
- В. Доверяю только медицинской сестре
- Г. Доверяю обоим

14. Осведомлены ли Вы обо всех принципах лечения?

- А. Да, полностью
- Б. Осведомлен не полностью
- В. Хотелось бы знать больше

15. Выдавали ли Вам бесплатно в кабинете фтизиатра гигиенические наборы?

- А. Да
- Б. Нет

16. Регулярно ли посещает Вас медицинская сестра?

- А. Раз в месяц
- Б. Раз в 3 месяца
- В. Очень редко
- Г. Не посещает

17. Соблюдаете ли Вы правила пользования индивидуальной плевательницей?

- А. Да, постоянно

- Б. Да, но редко
- В. Иногда забываю
- Г. Не соблюдаю
- Д. Не пользуюсь

Спасибо за участие в опросе!